



ESTADO DE WASHINGTON
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES Y DE SALUD
DIVISIÓN MANUTENCIÓN PARA NIÑOS (DCS)

DERIVACIÓN PARA MANUTENCIÓN DE NIÑOS - CONTINUACIÓN
CHILD SUPPORT REFERRAL CONTINUATION

INFORMACIÓN SOBRE LOS NIÑOS PARA LOS CUALES DESEA MANUTENCIÓN - Continuación			
Indique sólo los niños de los padres indicados en la página 1 de "Derivación para Manutención para Niños" que viven en su hogar			
Nombre del Niño (Primer/Segundo/Apellido):	Género:	Número de Seguro Social:	¿Firmó el padre un affidavit de paternidad? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Fecha de Nacimiento (Mes/Día/Año):	Lugar de Nacimiento (Ciudad/Condado/Estado/País):		
¿Quedó la madre embarazada de este niño en el Estado de Washington? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Al no ser así, ¿dónde? (Condado/Estado):		
¿Hay una orden de manutención para este niño? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Al ser así, fecha de la orden (Mes/Día/Año):	Al ser así, lugar donde se registró la orden (Condado/Estado/Tribu)	
Nombre del Niño (Primer/Segundo/Apellido):	Género:	Número de Seguro Social:	¿Firmó el padre un affidavit de paternidad? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Fecha de Nacimiento (Mes/Día/Año):	Lugar de Nacimiento (Ciudad/Condado/Estado/País):		
¿Quedó la madre embarazada de este niño en el Estado de Washington? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Al no ser así, ¿dónde? (Condado/Estado):		
¿Hay una orden de manutención para este niño? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Al ser así, fecha de la orden (Mes/Día/Año):	Al ser así, lugar donde se registró la orden (Condado/Estado/Tribu)	
Nombre del Niño (Primer/Segundo/Apellido):	Género:	Número de Seguro Social:	¿Firmó el padre un affidavit de paternidad? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Fecha de Nacimiento (Mes/Día/Año):	Lugar de Nacimiento (Ciudad/Condado/Estado/País):		
¿Quedó la madre embarazada de este niño en el Estado de Washington? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Al no ser así, ¿dónde? (Condado/Estado):		
¿Hay una orden de manutención para este niño? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Al ser así, fecha de la orden (Mes/Día/Año):	Al ser así, lugar donde se registró la orden (Condado/Estado/Tribu)	
Nombre del Niño (Primer/Segundo/Apellido):	Género:	Número de Seguro Social:	¿Firmó el padre un affidavit de paternidad? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Fecha de Nacimiento (Mes/Día/Año):	Lugar de Nacimiento (Ciudad/Condado/Estado/País):		
¿Quedó la madre embarazada de este niño en el Estado de Washington? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Al no ser así, ¿dónde? (Condado/Estado):		
¿Hay una orden de manutención para este niño? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Al ser así, fecha de la orden (Mes/Día/Año):	Al ser así, lugar donde se registró la orden (Condado/Estado/Tribu)	